

**PROGRAMA DE SERVICIOS DE APOYO EN EL HOGAR (IHSS)  
NOTIFICACIÓN AL BENEFICIARIO ACERCA DEL  
REQUISITO DE UNA CERTIFICACIÓN MÉDICA**

CONDADO DE: \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

Fecha de la notificación: \_\_\_\_\_

Dirección de la Oficina de IHSS: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono de la Oficina de IHSS: \_\_\_\_\_

Nombre del trabajador social: \_\_\_\_\_

Se tiene que entregar a más tardar: \_\_\_\_\_

Al: Beneficiario de los Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)

Ha habido un cambio en la ley\* del Estado el cual requiere que cada persona que recibe beneficios del Programa de IHSS proporcione una certificación médica de un profesional en el cuidado de la salud con licencia (LHCP, por sus siglas en inglés) para continuar recibiendo los beneficios del Programa de IHSS.

La certificación tiene que ser completada por un LHCP, tal como un médico (doctor), asistente de médico, médico de un centro regional o médico supervisor, terapeuta ocupacional, terapeuta físico, psiquiatra, psicólogo, optometrista, oftalmólogo, enfermera de salud pública, etc.

La certificación tiene que declarar que usted por sí mismo no puede hacer algunas de las actividades de la vida diaria (ADL, por sus siglas en inglés) y que sin ayuda para hacer estas actividades, usted estaría en riesgo de que lo colocaran bajo cuidado fuera del hogar.

Las ADL básicas son: comer, bañarse, vestirse, usar el baño, caminar, y levantarse de una cama o una silla. Otras ADL son: limpiar la casa, preparar comidas, ir de compras para la comida y otras necesidades, tomar medicinas, etc.

Adjunto está un "Formulario de certificación médica" (SOC 873) para que se lo dé a su LHCP para que lo complete. Si quiere, el Condado puede enviar el formulario al LHCP, pero usted tendrá que darle al Condado el nombre y dirección del LHCP.

Ya sea que usted mismo le dé el "Formulario de certificación médica" al LHCP o que el Condado lo envíe, usted es responsable de asegurarse que sea completado y devuelto al Condado antes de que pasen 45 días contados a partir de la fecha de su reevaluación. Si el Condado no recibe el "Formulario de certificación médica" a más tardar 35 días de la fecha de su reevaluación, se le enviará una notificación informándole que los beneficios del Programa de IHSS se suspenderán, a menos que usted se haya comunicado previamente con el Condado y le dieron más tiempo para entregar el formulario.

Es posible que el Condado acepte un documento sustituto en lugar del "Formulario de certificación médica", siempre y cuando este documento cumpla con todos los siguientes requisitos:

1. Indica que usted no puede por sí mismo hacer una o más de las ADL,
2. Describe su condición médica u otra condición que le impide hacer por sí mismo las ADL y causa que usted necesite los beneficios del Programa de IHSS, y
3. Está firmado por un LHCP.

**Si el Condado no recibe el "Formulario de certificación médica" completado o un documento sustituto antes de que pasen 45 días de la fecha de su reevaluación, es posible que se suspendan sus beneficios del Programa de IHSS. Al igual que con cualquier acción que el Condado tome en su caso, usted puede solicitar una audiencia con el Estado si no está de acuerdo con la decisión del Condado.**

Si no puede obtener la certificación médica de su LHCP antes de que pasen 45 días, llame lo más pronto posible a su trabajador social al número que aparece anotado en la parte de arriba.

\*Sección 12309.1 del Código de Bienestar Público e Instituciones (*Welfare and Institutions Code*)